

(様式1) 総括表

令和3年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業
(介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業) 助成金申請書

令和 4 年 1 月 21 日

茨城県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	シャカイブクシホウジン チョウブク		
	名称	社会福祉法人 長福		
	所在地	(郵便番号 310 - 0852)		
		水戸市笠原町△番地○		
	連絡先	電話番号	E-mail	
	代表者の職・氏名	職名	氏名	
	申請に関する担当者	職名	氏名	

①赤枠内の着色セルをご記入ください。
②その他(青枠内)は個票の内容が自動反映します。
正しい金額が反映されているかご確認ください。
※交付決定は、総括表の合計額で行

申請内容

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額	
通所系	1 通所介護事業所(通常規模型)	0 か所	0 円	
	2 通所介護事業所(大規模型(I))	0 か所	0 円	
	3 通所介護事業所(大規模型(II))	0 か所	0 円	
	4 地域密着型通所介護事業所(療養通所介護事業所を含む)	0 か所	0 円	
	5 認知症対応型通所介護事業所	0 か所	0 円	
	6 通所リハビリテーション事業所(通常規模型)	0 か所	0 円	
	7 通所リハビリテーション事業所(大規模型(I))	0 か所	0 円	
	8 通所リハビリテーション事業所(大規模型(II))	0 か所	0 円	
小計		0 か所	0 円	
短期入所系	9 短期入所生活介護事業所	0 か所	0 円	
	短期入所療養介護事業所			
	10 (定員20人以下)	0 か所	0 円	
11 (定員21人以上)	0 か所	0 円		
小計		0 か所	0 円	
訪問系	訪問介護事業所			
	12 (訪問回数1,200回以下)	1 か所	10,000 円	
	13 (訪問回数1,201回以上2,000回以下)	0 か所	0 円	
	14 (訪問回数2,001回以上)	0 か所	0 円	
	15 訪問入浴介護事業所	0 か所	0 円	
	16 訪問看護事業所	0 か所	0 円	
	17 訪問リハビリテーション事業所	0 か所	0 円	
	18 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 か所	0 円	
	19 夜間対応型訪問介護事業所	0 か所	0 円	
	20 居宅介護支援事業所	0 か所	0 円	
	21 居宅療養管理指導事業所	0 か所	0 円	
小計		1 か所	10,000 円	
多機能型	22 小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円	
	23 看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円	
小計		0 か所	0 円	
介護老人福祉施設	24 (定員39人以下)	0 か所	0 円	
	25 (定員40人以上49人以下)	1 か所	40,000 円	
	26 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円	
	27 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円	
	28 (定員90人以上)	0 か所	0 円	
	地域密着型介護老人福祉施設			
	29 (定員19人以下)	0 か所	0 円	
	30 (定員20人以上)	0 か所	0 円	
	介護老人保健施設			
	31 (定員39人以下)	0 か所	0 円	
	32 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円	
	33 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円	
	34 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円	
	35 (定員90人以上)	0 か所	0 円	

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額
入 所 施 設 ・ 居 住 系	介護医療院		
	36 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	37 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	38 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	39 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	40 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	介護療養型医療施設		
	41 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	42 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	43 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	44 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	45 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	認知症対応型共同生活介護事業所		
	46 (定員14人以下)	0 か所	0 円
	47 (定員15人以上)	0 か所	0 円
	特定施設入居者生活介護		
	48 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	49 (定員20人以上39人以下)	0 か所	0 円
	50 (定員40人以上59人以下)	0 か所	0 円
	51 (定員60人以上69人以下)	0 か所	0 円
	52 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
53 (定員90人以上99人以下)	0 か所	0 円	
54 (定員100人以上)	0 か所	0 円	
地域密着型特定施設入居者生活介護			
55 (定員19人以下)	0 か所	0 円	
56 (定員20人以上)	0 か所	0 円	
小 計		1 か所	40,000 円
合 計		2 か所	50,000 円

(様式2) 事業所・施設別申請額一覧

(単位:円)

No.	事業所・施設名	介護保険事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる法人名	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	審査結果 (都道府県記入)	申請方法
1	特別養護老人ホーム長福	08*****	介護老人福祉施設(定員40人以上49人以下)	029-301-****	水戸市笠原町○番△	社会福祉法人 長福	40,000	47,000	40,000		国保連へ申請
2	訪問介護 長福	08*****	訪問介護事業所(訪問回数1,200回以下)	029-301-****	水戸市笠原町○番▲	社会福祉法人 長福	10,000	27,000	10,000		国保連へ申請
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

○赤枠に個票の内容が、青枠に総括表の内容が正しく反映されているかご確認ください。

【反映されない原因】

- ①枠外に「申請できません」と表示されている場合
→ 個票に記載もれがあります。確認してください
- ②個票の内容が全く反映されていない場合
→ シート名が「個票●(通し番号)」となっているか確認してください。
※「個票1-(2)」や「個表●」となっている場合、反映されません。

- ◆こちらの欄(印刷範囲外)にすべての事業所の申請先が表示されます。「国保連へ申請」と表示がされているかご確認ください。
- ◆「都道府県へ申請」と表示されている場合は、個票の「口座情報」欄にチェックがされているか確認してください。
※茨城県あて申請する場合の申請方法については、ホームページをご確認ください。
- ◆「申請できません」の表示がされている場合、個票に記載もれがあります。該当する個票を確認し、記載漏れや誓約事項のチェック漏れがないか確認してください

(様式3) 事業所・施設別個票

事業所・施設の状況	フリガナ	トクヘ ヲウゴ ロウジンホーム チョウフク			介護保険事業所番号	08*****
	事業所・施設の名称	特別養護老人ホーム長福				
	サービス種別	介護老人福祉施設 (定員40人以上49人以下)	定員	人	訪問回数	回
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 310 - 8555) 水戸市笠原町〇番△				
	連絡先	電話番号	029-301-****	E-mail	kaigo@*****	
	管理者の氏名	茨城太郎				

★★注意事項★★
 ・着色セルのみ記入してください。
 ・シートの行や列を追加できません。
 ・個票が複数ある場合、(個票1)(個票2)・・・と連番になるようにシート名称を変更してください。

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	基準単価	所要額
マスク	5,500	50枚入り10箱	40,000 円	47,000 円
手袋	5,500	100枚入り5箱		
消毒液	16,500	1000ml×20本		
パーテーション	7,700	2枚		
パルスオキシメーター	12,000	5台		
合計	47,200			

○基準単価の欄は、「サービス種別」を選択することで自動で表示されます。
 ○所要額の合計欄は自動で表示されます
 (千円未満は切り捨てとなります)

○「品目」はプルダウンから選択してください。
 ※プルダウンできる品目のみが補助対象となります。
 ○数量等は、枚数や個数がわかるように記載してください。

誓約事項	
<input type="radio"/>	以下に掲げる事業所・施設について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援助成金の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。 ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設
<input type="radio"/>	この助成金と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
<input type="radio"/>	この助成金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
<input type="radio"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

内容を確認し、すべての項目をチェックしてください。
 (プルダウン選択)

口座情報	
<input type="radio"/>	国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する。 <small>本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した助成金の交付を予定していません。(債権譲渡がある場合等を除く)</small>
<input type="radio"/>	国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。 <small>債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。</small>

(様式3) 事業所・施設別個

記入方法は「個票1」シートと同じです。シート名を「個票1」、「個票2」・・・と連番になるように変更してください。

事業所・施設の状況	フリガナ	ホリモトイコステーション チョウワク			介護保険事業所番号
	事業所・施設の名称	訪問介護 長福			08*****
	サービス種別	訪問介護事業所（訪問回数1,200回以下）	定員	人	訪問回数 1,000 回
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 310 - 8555) 水戸市笠原町〇番▲			
	連絡先	電話番号	029-301-****	E-mail	kaigo@*****
	管理者の氏名	茨城太郎			

<積算内訳>

基準単価	10,000 円	所要額	27,000 円
------	----------	-----	----------

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等
マスク	5,500	50枚入り10箱
手袋	5,500	100枚入り5箱
消毒液	16,500	1000ml×20本
合計	27,500	

誓約事項

<input type="radio"/>	以下に掲げる事業所・施設について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援助成金の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。 ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設
<input type="radio"/>	この助成金と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
<input type="radio"/>	この助成金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
<input type="radio"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

口座情報

<input type="radio"/>	国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する。	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した助成金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)
<input type="radio"/>	国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。